（記入例） 同　　意　　書

窓口にきたあなた
（被保険者の相続人代表者
の代理人）の

住所　仙台市青葉区国分町3－7－1

氏名　宮城 花子

大・(昭)・平 30 年 4 月 10 日生

上記の者が、被保険者の **後期高齢者医療保険料** に関する納付確認書の交付を受けることに同意します。

令和　　年　　月　　日

証明してほしい人の
（被保険者）

住所　山形市旅篭町2－3－25

氏名　山形 太郎

明・大・(昭) 18 年 4 月 1 日生

被保険者の相続人代表者

住所　山形市本町1－1－100

認印を押して下さい。

氏名　山形 花子　　印

大・(昭)・平 20 年 2 月 1 日生

同　　意　　書

窓口にきたあなた
（被保険者の相続人代表者
の代理人）の

住所

氏名

大・昭・平　　年　　月　　日生

上記の者が、被保険者の後期高齢者医療保険料に関する納付確認書の交付を受けることに同意します。

令和　　年　　月　　日

証明してほしい人の
（被保険者）

住所

氏名

明・大・昭　　年　　月　　日生

被保険者の相続人代表者

住所

氏名　　印

大・昭・平　　年　　月　　日生